

County of Montgomery Office of the District Attorney

Kevin R. Steele
District Attorney

CRIMINAL

COMM. OF PA V. _____

DOCKET NO. _____

Nombre del acusado

EXENCIÓN DE LA REGLA 600 POR SOLICITUD A A.R.D

Nombre: (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)

Cargos Criminales:

Departamento de Policia:

Entiendo que de acuerdo con la Regla 600 de las Reglas de Procedimiento Criminal en el estado de Pennsylvania, tengo el derecho a que mi juicio empiece dentro de 365 días de la fecha de presentación de mi denuncia penal. Estoy consciente de que los cargos pueden ser desestimados en caso que el juicio no comience antes del 365° día. Entiendo que cada retraso en mi caso a mi petición, está excluido de la cuenta del 365° día.

Entiendo que al meter solicitud de ingreso al programa de A.R.D., solicito que mi caso sea retirado de la programación normal de casos criminales en el Tribunal de Causas Communes en Montgomery County, para que pueda ser considerado para A.R.D.

Entiendo mejor que mi solicitud a A.R.D puede retrasar el que mi caso sea llevado a juicio, si es que mi solicitud fuera rechazada. Entiendo que toma tiempo para que mi caso sea revisado y para obtener la información y los materiales necesarios, incluyendo pero no limitado a mis antecedentes penales, cantidad de cualquier restitución que puedo deber, e información relacionada con mis cargos criminales actuales.

Por la presente renuncio mis derechos a un juicio expedito bajo la Regla 600, a partir del momento en que entrego mi solicitud a A.R.D. hasta que 1) sea yo admitido al programa A.R.D., ó 2) hasta la primera fecha de juicio disponible después de que mi solicitud sea rechazada. Solicito específicamente que mi caso no sea listado para proceso en tribunales, incluyendo cualquier conferencia previa al juicio o lista de juicios por un periodo de seis (6) meses después de meter mi solicitud a A.R.D., para que la división de A.R.D. cuente con suficiente tiempo para considerar mi ingreso al programa. No he recibido promesas ni amenazas para firmar este documento.

Firma del Acusado

Fecha

Firma del Abogado

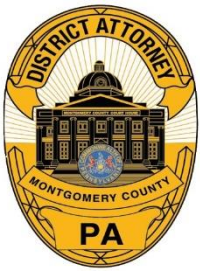
Fecha

Para uso de la oficina:

A.D. _____

Judge: _____

A.D.A.: _____



County of Montgomery
Office of the District Attorney

Kevin R. Steele
District Attorney

A.R.D. APPLICATION

COMM. OF PA v. _____ DOCKET No. _____

Nombre del Acusado

Esta solicitud debe de ser completada y entregada a la oficina del District Attorney en Montgomery County para determinar su elegibilidad para el programa de Accelerated Rehabilitative Disposition (A.R.D) Favor de entregar la solicitud completa por correo electronico ard@montcopa.org o por correo normal a:

COUNTY OF MONTGOMERY
OFFICE OF THE DISTRICT ATTORNEY
A.R.D. UNIT
COURTHOUSE, 4TH FLOOR
P.O.BOX 311
NORRISTOWN, PA 19404-0311

1. INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Nombre: (apellidado, primer nombre, Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento:
Domicilio: (Numero y Calle)	Número de Seguro Social:
(Ciudad, Estado & Codigo Postal)	Número de Teléfono:

Nombre de su abogado:	Numero de telefono de su abogado:
Domicilio de su abogado:	Correo electronico de su abogado:

¿Puede leer, escribir y entender el Inglés? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si no, ¿que lenguaje habla?	¿Requiere intérprete?

2. INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES:

¿Alguna vez ha sido arrestado, acusado, citado (incluyendo infracciones del código de vehículos), o retenido por cualquier agente de la ley, o autoridad juvenil en los Estados Unidos independientemente de si los cargos han sido retirados o desestimados, o si usted fue declarado no culpable, o si el registro fue “sellado”, borrado, o de otra manera eliminado de los registros judiciales en cualquier otra ocasión aparte de este arresto?

SI NO

En caso afirmativo, favor de responder lo siguiente:

Cargo(s):	Disposición:
Fecha del arresto:	Departamento de Policía:

3. INFORMACIÓN DOMESTICA:

¿Cual es su estado civil?	
¿Cuantos hijos tiene?	¿De que edad son sus hijos?
Favor de nombrar todas las personas que viven con usted (aparte de pareja e hijos) y su relación:	
¿Ha obtenido licencia de conducir de un estado aparte de Pennsylvania? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En case afirmativo, favor de nombrar cada estado y numero de licencia:	

4. EDUCACIÓN:

¿Cual es el nivel mas alto de educación que ha obtenido?
--

5. ESTADO MILITAR:

¿Es veterano?	Tiempo de servicio:
¿Con cual rama?	Tipo de descarga:

6. EMPLEO:

Nombre y domicilio de su empleo:	Su posición/título: Años de empleo:
----------------------------------	--

7. Declaración Personal:

Favor de explicar por que usted siente que se beneficiaría del Programa Accelerated Rehabilitative Disposition:

8. VERIFICACIÓN:

Confirmando que según mi leal saber y entender, he proporcionado respuestas completas y honestas a las preguntas contenidas en este documento. Entiendo que respuestas deshonestas, incompletas, o engañosas me harán inelible para A.R.D y darán lugar a un proceso penal. Entiendo que una respuesta falsa o engañosa apropiado es un delito penado por la ley, de conformidad con el Título 18 de los Estatutos Consolidados del estado de Pennsylvania, § 4904, Falsificaciones no juradas a las autoridades.

Firma del Acusado

Fecha